

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1896 à 1 heure.

PAR

Jean GUÉRIN

Né à Grandpré (Ardennes) le 26 Novembre 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TEMPÉRATURE DANS LA COQUELUCHE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*
Juges : MM. { CH. RICHET, *professeur.*
 { GLEY ET MARFAN, *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

Année 1896

THÈSE

N°

560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Jean GUÉRIN

Né à Grandpré (Ardennes) le 26 Novembre 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TEMPÉRATURE DANS LA COQUELUCHE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{CH. RICHET, professeur.} \\ \text{GLEY ET MARFAN, agrégés.} \end{array} \right.$

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT •

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR GUÉRIN

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ERNEST

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES, DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Accadémie de Médecine

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine

Médecin de l'hôpital Beaujon

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION.

La coqueluche passe, en général, pour une affection assez bénigne. Elle présenterait effectivement peu de gravité si de nombreuses complications ne venaient trop souvent en assombrir le pronostic.

Ces complications peuvent être de simples accidents mécaniques occasionnés par les efforts de toux, tels que l'ulcération du frein de la langue, les hémorragies, les vomissements, l'emphysème ; d'autres sont d'ordres nerveux comme les accès de suffocation et les convulsions externes ; mais celles qui se présentent du côté de l'appareil respiratoire sont de beaucoup les plus fréquentes. Elles sont aussi les plus redoutables et la préoccupation constante du médecin, doit être de les dépister avant qu'elles soient au-dessus des ressources de la thérapeutique.

D'après M. Cadet de Gassicourt « il y a un moyen très simple de reconnaître dès le début une complication pulmonaire : c'est de prendre la température ». En effet, dit-il, « la coqueluche étant une maladie absolument apyrétique, toute élévation quelque peu sérieuse de la température vous annonce une complication pulmonaire la seule qui s'accompagne de fièvre ». Nous reconnaissons que le moyen est fort simple mais nous ne pensons pas qu'une telle affirmation doive être prise à la lettre. Elle

demande à être interprétée et nous nous proposons dans ce travail d'examiner, au point de vue clinique, les diverses conditions dans lesquelles on peut observer de l'hyperthermie au cours de la coqueluche. Nous insistons particulièrement sur certains accès fébriles, parfois intenses, qui surviennent brusquement pour disparaître de même et sur lesquels, à plusieurs reprises, M. le docteur Hutinel a attiré notre attention.

Cette étude nous a paru d'autant plus intéressante qu'il s'agit là, selon l'expression de West, de « caractères moins frappants qu'on n'a pas toujours observés avec un égal soin et qui pourtant sont d'une grande importance, en ce sens qu'ils fournissent une base sûre au pronostic et des indications pour la direction du traitement ».

Le plan que nous adopterons est le suivant :

Après un assez court historique, nous étudierons, dans un premier chapitre, l'aspect général de la température dans la coqueluche en dehors des complications.

En second lieu, nous décrirons les poussées fébriles, éphémères dont nous venons de parler.

Nous consacrerons un troisième chapitre aux complications fébriles.

Enfin nous parlerons du diagnostic que nous ferons suivre de quelques considérations sur le pronostic et sur le traitement.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir adresser ici l'hommage de notre gratitude à tous les maîtres éminents et dévoués qui nous ont dirigé dans le cours de nos études médicales. C'est avec un vif regret que nous nous voyons dans l'obligation de renoncer à leur précieux enseignement.

Nous devons remercier tout spécialement :

M. le Docteur Hutinel qui, avec une bienveillance dont nous lui sommes profondément reconnaissant, a bien voulu nous guider dans le choix de notre sujet de thèse et nous autoriser à recueillir nos observations dans son service à l'hospice des Enfant-Assistés.

M. le Docteur Faisans de la sympathie qu'il nous a témoignée et des utiles conseils qu'il nous a prodigués. Nous conservons un souvenir particulièrement agréable de l'année que nous avons passée dans son service.

M. le Professeur Duplay qui fut notre premier maître en chirurgie et dont nous avons pu apprécier la science profonde.

M. le Docteur Albert Robin qui nous initia à la clinique médicale et à la thérapeutique.

M. le Professeur Pinard dont nous n'oublierons jamais les nombreux et excellents préceptes.

Que Monsieur le Professeur Debove veuille bien recevoir l'expression de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Notre intention n'est pas de faire ici l'historique complet de la coqueluche. Cette maladie si commune, à laquelle peu d'enfants échappent, a été en effet le sujet de tant de travaux que la simple énumération des auteurs qui s'en sont occupés, serait non seulement aussi fastidieuse qu'inutile mais nous entraînerait beaucoup trop loin.

Nous nous bornerons à passer rapidement en revue les principales phases de cette histoire et à relater les opinions les plus saillantes émises sur le point spécial qui nous occupe, c'est-à-dire sur l'état de la température dans la coqueluche et sur l'importance et la signification qu'il convient d'attribuer à l'apparition de la fièvre aux différentes périodes de la maladie.

Rien dans les ouvrages d'Hippocrate, de Galien ou d'Avicenne ne permet de supposer que la coqueluche ait été connue de l'antiquité.

C'est au XV^e siècle que le mot, sur l'étymologie duquel les explications les plus diverses ont été données, apparaît pour la première fois, et encore sert-il à désigner des épidémies qui semblent se rapporter plutôt à la grippe. La première épidémie véritable n'a été décrite qu'en 1578 par Baillou.

Un siècle plus tard Willis décrivait la même maladie sous le nom de « *tussis puerorum convulsiva seu suffocativa* » et en fixait les traits généraux d'une façon définitive.

Au XVIII^e siècle, apparaissent de grandes épidémies qui ravagent l'Europe et qui présentent ce caractère intéressant pour nous, d'être accompagnées d'une fièvre souvent intense. Celle de Copenhague en 1767 est marquée par une fièvre dont les exacerbations ont lieu de deux jours l'un (Aaskow). A Londres, la même année, on constate de la fièvre quotidienne rémittente (Sims). De même à Genève en 1806. A Dillingen en 1811, fièvre rémittente et irrégulière (Wacker). En 1815, à Milan, Ozanam signale plusieurs cas avec fièvre double ; pendant les accès de fièvre les plus forts, la toux et les paroxysmes de coqueluche cessaient complètement pour reprendre avec plus de violence au déclin de l'accès fébrile.

Peu à peu les épidémies deviennent moins meurtrières, se restreignent et la maladie passe à l'état sporadique ou plutôt endémo-épidémique, en restant au plus haut point transmissible. C'est principalement à cet état qu'elle a été étudiée. Il restait peu à ajouter à la description de Willis et les travaux ultérieurs ont été surtout consacrés à l'étude de la nature, des causes, du degré de la contagiosité, etc.

Certains observateurs attribuant à la bronchite le rôle prépondérant, ont fait de la coqueluche un catarrhe spécifique. Blache frappé surtout par l'élément spasmodique en a fait une névrose. Trousseau rapprochant les deux opinions l'a définie « un catarrhe spécifique avec névrose ». Beau et Gendrin ont cherché à relier les deux éléments. D'après leur théorie, la toux serait due à une action réflexe

ayant pour point de départ l'excitation des nerfs laryngés par les produits de sécrétion du catarrhe des voies respiratoires supérieures, comme lorsque des aliments ou des liquides se sont introduits dans le larynx. Noël Gueneau de Mussy en donne une autre explication. Pour lui, la coqueluche est une sorte de fièvre éruptive avec manifestations énanthématiques sur la muqueuse des bronches. Le catarrhe retentit sur les ganglions bronchiques et l'adénite devient la cause déterminante des phénomènes spasmodiques par compression du pneumogastrique.

Le regretté professeur Germain Sée voyait dans la coqueluche une maladie infectieuse très voisine de la rougeole, et aujourd'hui presque tout le monde s'accorde à reconnaître la nature infectieuse de la maladie. Les nombreuses recherches, faite tant en France qu'à l'étranger, en vue de découvrir le germe facteur de l'infection, n'ont cependant pas encore donné des résultats absolument positifs. Ceux obtenus par Poulet, Letzerich, Burger ont été controuvés ; ceux de Deichler et de Ritter plus récents ont été fortement contestés et parmi les divers microbes trouvés dans les crachats des sujets atteints de coqueluche le bacille d'Afanassiew seul paraît posséder une action pathogène spécifique.

D'autres auteurs se sont attachés plus spécialement à décrire les accidents et complications : tel Bouchut, pour l'ulcération du frein de la langue dont on a voulu faire une lésion spécifique (Dethil). D'autres enfin, et ils sont innombrables, ont consacré leur ingéniosité à la recherche du traitement. C'est ainsi qu'on a préconisé successivement les anticatarrhaux, les révulsifs, les narcotiques, les anesthésiques, les antiseptiques, etc., mais, il faut malheu-

reusement le reconnaître, sans que des succès bien manifestes soient venus récompenser de si louables efforts.

L'étude de la température a été moins approfondie. De tous les auteurs qui ont écrit sur la coqueluche, peu lui ont consacré un chapitre spécial; la plupart cependant en ont parlé incidemment au cours de la description de la maladie ou de ses complications. Nous nous contenterons de donner ici un rapide aperçu des idées émises à cet égard, par ceux qui ont retiré d'une longue pratique des maladies de l'enfance une compétence indiscutable.

Nous connaissons déjà l'opinion de M. Cadet de Gassicourt : la coqueluche est une maladie « absolument apyrétique », excepté parfois dans les premiers jours de la période catarrhale, et encore la fièvre, quand elle existe, est-elle toujours faible et de courte durée. « Donc toute élévation quelque peu sérieuse de température vous annoncera une complication pulmonaire, la seule qui s'accompagne de fièvre. »

D'après Henoch, quand un enfant atteint de coqueluche ne se trouve pas tout à fait bien portant dans l'intervalle des accès, qu'au contraire la respiration est rapide et superficielle et qu'en outre il y a de la fièvre, on peut conclure immédiatement à une complication.

Piron et Valérian dans leurs thèses inaugurales, concluent de même à l'absence de fièvre. Ils pensent que la bronchite qui existe toujours à un certain degré, dans la coqueluche, ne provoque aucune réaction fébrile. Tous les auteurs ne sont pas aussi exclusifs.

Blache, Guersant, Bouchut ont constaté dans la première période, une fièvre parfois assez forte se reproduisant sous le type tierce ou quotidien.

West admet que la bronchite du début peut être marquée par une toux fréquente avec fièvre intense et qu'alors les symptômes généraux sont le plus souvent hors de proportion avec le degré du désordre local.

Dans le volumineux ouvrage de Gerhardt on voit que les symptômes du stade catarrhal sont dans la plupart des cas, liés à plus ou moins de fièvre, mais que l'apparition de celle-ci dans le stade convulsif doit faire soupçonner une complication.

Steiner a observé aux deux périodes de la maladie, de la fièvre avec exacerbations vespérales.

Pour Ellis comme pour Trousseau, les prodromes de la coqueluche sont un rhume léger accompagné d'abattement et d'une fièvre parfois intense.

N. Guéneau de Mussy a vu souvent de la fièvre pendant la période catarrhale, mais il signale en outre, dans la période convulsive « des accès fébriles périodiques ou des paroxysmes périodiques, si sous l'influence de l'affection catarrhale, le malade a conservé un léger état pyré-tique continu ».

Rilliet et Barthez, d'Espine et Picot font la même constatation ; ils parlent « d'accès de fièvre éphémères » qui peuvent survenir de temps à autre, mais comme Guéneau de Mussy, ils ne font que les signaler et ne s'y arrêtent pas.

Nous pourrions prolonger cette liste déjà longue, puisqu'une foule d'auteurs ont consacré à la coqueluche de longs articles, soit dans les dictionnaires, soit dans les traités généraux de pathologie, ou en ont fait le sujet d'importantes monographies. Ce serait, pensons-nous, sans grand intérêt. De tels travaux présentent forcément

moins d'originalité que ceux des spécialistes que nous venons de citer et nous y retrouverions exposées des opinions analogues. Tous ceux qui, en effet, entreprennent aujourd'hui d'écrire sur la coqueluche ne peuvent s'affranchir de faire de larges emprunts à ces maîtres dont l'expérience fait loi dans la matière et tout particulièrement à l'un d'eux dont l'admirable ouvrage est, selon sa propre expression, « tiré des entrailles mêmes de la clinique ».

Nous voulons parler d'H. Roger. Dès 1843, il faisait des recherches sur la température dans les maladies et le premier, il appliqua la thermométrie, d'un usage aujourd'hui presque banal, au diagnostic et au pronostic des maladies de l'enfance. Son remarquable travail sur la coqueluche, qui restera un modèle d'observation et de critique rigoureuse, sera notre guide le plus précieux. Nous y trouvons consignés tous les faits que nous nous proposons d'examiner et après une étude aussi complète, nous ne pouvons guère prétendre viser à la nouveauté. Nous avons simplement l'intention de décrire d'une façon plus détaillée avec quelques observations à l'appui, certaines particularités de la marche de la fièvre dans la coqueluche, qu'il est bon d'avoir présentes à l'esprit pour éviter de regrettables erreurs de pronostic.

CHAPITRE PREMIER

Marche ordinaire de la température en dehors des complications.

La température ne présente pas dans la coqueluche une marche régulière et se prête par conséquent assez mal à une vue d'ensemble.

Essentiellement variable suivant les formes et les phases de la maladie, elle demande à être examinée dans ces diverses conditions et comme base à cette étude, il ne nous paraît pas inutile de donner un rapide aperçu de l'allure générale de la coqueluche, de rappeler brièvement ses principaux symptômes.

La coqueluche est une maladie spécifique infectieuse, extrêmement contagieuse et récidivant rarement. Son évolution assez régulière a permis de la diviser en plusieurs périodes, toutes conventionnelles d'ailleurs, puisqu'elles se succèdent sans lignes de démarcation bien tranchée, mais utiles à conserver pour la commodité de la description.

A partir du moment où l'agent infectieux a pénétré dans l'organisme, il s'écoule un laps de temps assez mal défini, une semaine environ, pendant lequel la santé reste parfaite, rien ne faisant prévoir la maladie qui va se déclarer. C'est la période d'incubation.

Elle est suivie de la période prodromique ou catarrhale. L'affection débute comme une simple bronchite. Il survient de l'abattement, de la tristesse, de la céphalalgie, une toux d'abord sèche plus ou moins fréquente. Le sommeil est troublé, l'appétit diminué. Avec les progrès de la maladie, la toux devient plus humide, plus opiniâtre, puis irrégulière et saccadée. Cet état persiste pendant un temps très variable, le plus souvent une douzaine de jours, et la toux continuant à changer de caractère, la maladie entre bientôt dans sa troisième période ou période spasmodique. Les quintes caractéristiques de la coqueluche qui n'étaient d'abord qu'à l'état d'ébauche revêtent peu à peu leur aspect pathognomonique, dont Trousseau nous a laissé un tableau si saisissant. Après quelques courts prodromes, il survient une série d'expiration brèves suivies d'un long et pénible effort d'inspirations qu'accompagne un sifflement particulier appelé reprise. Presque immédiatement, les mêmes phénomènes se reproduisent et ce n'est qu'après un nombre de reprises plus ou moins considérables que la quinte prend fin par le rejet d'un liquide visqueux et filant parfois mêlé d'un peu de sang ou de matières alimentaires vomies. L'enfant dont la suffocation a pu paraître imminente reste quelques instants abattu avec le visage congestionné, les yeux rouges et larmoyants, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'un nouvel accès se produise. Ces quintes vont en augmentant comme fréquence et comme intensité, puis elles diminuent progressivement et après un temps extrêmement variable de quelque jours à plusieurs mois, elles finissent par perdre leur caractère et la maladie passant insensiblement à sa période de déclin se termine

avec l'aspect d'un rhume ordinaire. Le début de cette quatrième période est d'autant plus difficile à préciser que les quintes peuvent reprendre quelques jours ou même quelques semaines après leur disparition.

On voit par cette description sommaire que la coqueluche a, comme la plupart des autres maladies infectieuses, une marche en quelque sorte cyclique. Les différents symptômes qui indiquent l'évolution de l'élément pathogène s'y déroulent de même dans un ordre invariable, mais d'une façon moins régulière. La marche de la température, avons-nous dit, y est plus irrégulière encore. Elle est influencée, même en dehors des complications, par des causes si multiples qu'il ne serait pas possible d'en tracer la courbe générale, comme pour la fièvre typhoïde par exemple. Nous pensons cependant que le meilleur moyen d'envisager ses principaux aspects est de la suivre dans les diverses phases de la maladie et nous allons l'étudier successivement aux quatre périodes que nous venons de décrire.

I. Température à la période d'incubation — Nous n'avons pas à nous y arrêter. Le nom même de cette période indique qu'à ce moment l'état général n'a pas encore ressenti les atteintes de l'infection. Par conséquent il n'y a pas de fièvre.

II. Température à la période prodromique. — Les avis sont très partagés sur l'état de la température à cette période. Pour les uns, on constate parfois une fièvre assez intense ; selon d'autres elle serait presque insignifiante ; d'après quelques-uns enfin, elle n'existerait jamais. Cette

divergence de vues nous paraît relever de plusieurs causes.

Quelques auteurs ne semblent pas avoir tenu un compte suffisant des nombreuses variétés que peut présenter la coqueluche. Bien qu'unique dans sa nature, elle est presque infinie dans ses formes et des symptômes qui sont dans certains cas relégués au second plan prennent dans d'autres une importance prépondérante. C'est ce qui a lieu pour la fièvre en particulier ; aussi comprenons que des observateurs d'un égal mérite, en généralisant les cas dont ils ont été le plus frappés, aient pu considérer la coqueluche, les uns comme une pyrexie, les autres comme une affection complètement apyretique. H. Roger avait parfaitement vu combien des affirmations aussi absolues s'accordent mal avec la clinique et pour éviter de tomber dans la même erreur, il n'a pas craint, dans sa magistrale description, de multiplier les formes de la maladie qui nous occupe. Considérant en premier lieu sa plus ou moins grande intensité, il a distingué une coqueluche légère ou coqueluchette, une coqueluche moyenne, la plus fréquente, et une coqueluche excessive qu'il désigne d'un mot l'hypercoqueluche. Se plaçant ensuite à un autre point de vue et envisageant surtout la prédominance de tel ou tel élément morbide, il a décrit séparément une forme nerveuse, une forme gastrique et une forme inflammatoire.. C'est évidemment dans cette dernière que nous constaterons de la fièvre s'il en existe et c'est de celle-là surtout que nous nous occuperons.

Auparavant, nous devons attirer l'attention sur une autre cause plus sérieuse encore de la divergence que

nous avons signalée. Tout le monde ne s'entend pas sur le sens à attribuer au mot complication. Par exemple, M. Cadet de Gassicourt qui conteste d'une façon absolue la possibilité de la fièvre dans la coqueluche simple, fait rentrer la bronchite dans les complications. Il supprime de ce fait la forme inflammatoire et on s'explique ainsi la conclusion à laquelle il s'est arrêté ; mais nous ne croyons pas pouvoir le suivre dans cette voie. Le catarrhe bronchique fait, en effet, partie intégrante de la coqueluche et si on admet la nature microbienne de la maladie, à peu près démontrée aujourd'hui, on comprend facilement que cette bronchite, indice de la lutte de l'organisme contre l'infection, puisse présenter tous les degrés, même en dehors de toute complication, puisque là, comme dans les autres maladies infectieuses, des causes multiples peuvent rendre la lutte plus ou moins vive.

D'un côté, l'agent pathogène a une virulence qui peut être extrêmement variable ; de l'autre, le terrain est plus ou moins favorable à son développement. Les différents éléments anatomiques peuvent être plus ou moins sensibles à son action, selon le milieu où vit le sujet atteint, suivant son âge, suivant que sa résistance a ou n'a pas été amoindrie par une prédisposition héréditaire ou par le reliquat d'une affection antérieure.

Des considérations qui précèdent, il résulte que les contradictions, dont nous avons été frappé à la lecture des principaux ouvrages traitant de la coqueluche, sont plus apparentes que réelles et que d'autre part, il est très légitime de considérer la bronchite, même intense, comme un élément normal de la coqueluche. Il va dès lors nous être plus facile, en nous appuyant sur les constatations

des auteurs les plus autorisés et sur les cas qu'il nous a été donné d'observer, d'indiquer les différentes conditions dans lesquelles se montre la fièvre.

D'une façon générale, on peut dire que les variations de l'état fébrile coïncident avec celles des phénomènes catarrhaux. Que ceux-ci prennent une certaine intensité et la température s'élève comme dans la bronchite ordinaire. L'élévation thermique est même plus considérable puisqu'ici viennent s'ajouter « comme causes d'augment de la chaleur, les congestions multiples, intenses et répétées, les troubles digestifs concomitants, les efforts musculaires » (ROGER).

Dans la coqueluchette que l'on rencontre surtout chez les enfants d'un certain âge et chez les adultes, les quintes constituent presque toute la maladie ; le catarrhe bronchique du début est insignifiant et l'état fébrile nul ou à peine appréciable.

Dans la coqueluche moyenne au contraire, non seulement la toux est fréquente et opiniâtre mais elle s'accompagne de phénomènes généraux, qui pour être souvent peu marqués n'en sont pas moins parfois considérables. Le caractère change, l'enfant devient capricieux et maussade, il n'a plus d'appétit, son sommeil est agité, enfin la fièvre s'allume. L'élévation de la température est très variable. Elle se montre généralement le soir avec rémissions matutinales, mais d'une façon irrégulière, parfois même par accès pouvant simuler une fièvre intermittente. Elle n'est guère que de $1/2$ à 1 degré dans les formes peu catarrhales ou chez les enfants qui ont dépassé la première enfance et c'est seulement dans les conditions inverses qu'elle devient beaucoup plus considérable.

On peut observer jusqu'à 40° et il est à remarquer que même dans ces cas, les signes physiques ne sont pas en rapport avec l'état général.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le docteur HUTINEL.

Coqueluche très légère. — Fièvre intense à la période catarrhale.

Jeanne L..., 18 mois. Entre le 30 octobre 1894 avec une toux violente et une fièvre intense. Le thermomètre marque 38°1. On constate à l'auscultation des signes de bronchite disséminés.

Les trois jours suivants, la fièvre continue avec rémissions matutinales prononcées. Elle atteint 39°9 le 1^{er} novembre, mais le 4, la température tombe définitivement.

Le 7, la toux a pris nettement le caractère quinteux et malgré ces prodromes assez inquiétants, la coqueluche va être essentiellement bénigne.

Le 22, l'enfant qui n'a eu la veille qu'une seule quinte, peut être rendue à ses parents.

Dans l'hypercoqueluche enfin, la fièvre comme la bronchite, est toujours intense avec dyspnée, frissons, pouls très fréquent, sans qu'il existe de complications pulmonaires. Il ne faut pas se dissimuler cependant que cette forme suit une marche sans cesse ascendante et qu'elle aboutit presque fatalement à la mort, soit par le fait des complications dont nous parlons, soit par les progrès mêmes de l'infection.

III. **Température à la période spasmodique.** — Toutes les remarques que nous avons faites à propos de la période précédente pourraient s'appliquer à celle-ci. Les

opinions en apparence contradictoires qu'on constate dans les auteurs s'y expliqueraient de même et la fièvre s'y rencontre dans des conditions analogues, c'est-à-dire liée à l'élément catarrhal. Mais lorsqu'apparaissent les quintes caractéristiques, la bronchite du début tend à disparaître et sa disparition entraîne la chute de la température. Elle ne persiste avec une certaine intensité que dans les formes très inflammatoires, chez les tous jeunes enfants ou dans l'hypercoqueluche. En dehors des complications, c'est donc dans ces cas, d'ailleurs rares, qu'il existe de la fièvre et comme dans la période prodromique, elle revêt alors le type remittent avec exacerbations vespérales.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le docteur HUTINEL.)

Coqueluche moyenne. — Fièvre intense sans complication.

Suzanne M..., âgée de deux ans et demi.

Dix jours après l'apparition des quintes, qui sont assez violentes mais peu fréquentes, (six à huit dans les vingt-heures), la fièvre s'allume. Elle persiste d'une façon intense pendant plus d'une semaine avec exacerbations vespérales atteignant jusqu'à 4¹⁰ et forts rémissions matutinales.

Les signes physiques ne permettent pas de soupçonner autre chose qu'une recrudescence du catarrhe bronchique.

Dans la suite, il persiste un très léger état fébrile analogue à celui de la période prodromique. La maladie traîne un peu en longueur, mais un mois plus tard, il n'y a plus que trois à quatre quintes par jour avec un état général très satisfaisant.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL)

Coqueluche moyenne. — Fièvre vive coïncidant avec la disparition des quintes.

Marie-Louise B..., deux ans. Vers la fin d'une coqueluche de moyenne intensité, mais à prédominance catarrhale, on constate pendant une huitaine de jours une fièvre assez intense avec fortes rémissions. A deux reprises la température du soir a été de 39°3. Les signes physiques se réduisent à quelques râles de bronchite.

La guérison de la maladie coïncidant avec la chute de la température vient d'ailleurs prouver qu'il ne s'agissait pas là d'une complication véritable.

OBSERVATION IV (H. ROGER)

Chez une petite fille de deux ans et demi (G. Angèle) au quinzième jour d'une coqueluche très légère (cinq ou six quintes au plus dans les vingt-quatre heures) le thermomètre est à 38°5 bien que le pouls marque seulement 108.

OBSERVATION V (H. ROGER)

H. Marie âgée de trois ans et demi entre à la clinique pour une coqueluche qui date de trois semaines et qui est très catarrhale ; la maladie est dans sa période ascendante car le nombre des quintes monte en six jours de six à quarante ; en même temps la température du soir s'élève de 38°2 à 39°4, le pouls variant entre 140 et 160. Cependant l'oreille perçoit seulement quelques ronchus bulleux disséminés et passagers et il n'existe aucun symptôme d'affection concomitante.

Ces observations sont suffisamment démonstratives et nous jugeons inutile de les multiplier puisque comme le fait remarquer Roger, tout médecin a dû rencontrer des cas analogues.

IV. Température à la période de déclin. — Les quintes ont cessé et la malade reprend l'apparence d'un rhume ordinaire. Il ne s'agit cependant pas là, comme au début, d'une inflammation aiguë des voies respiratoires : La bronchite est passée à l'état chronique et n'éveille plus aucune réaction fébrile.

Nous voyons, en résumé, que dans la coqueluche simple, dégagée de complication, il n'est pas rare (dans les deux tiers des cas, d'après Roger) de constater, surtout à la période prodromique et dans les formes inflammatoires une fièvre catharrhale d'intensité variable avec exacerbations vespérales et fortes rémissions matutinales. Mais la fièvre peut s'y montrer encore sous d'autres aspects et spécialement sous la forme de poussées intenses de très courte durée que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE II

Accès fébriles intenses, brusques et éphémères.

La forme particulière de fièvre que nous avons en vue dans ce chapitre est, avons-nous dit dans l'historique, simplement signalée par Rilliet et Barthez, comme par d'Espine et Picot. H. Roger, qui lui aussi, y fait allusion, s'y attarde à peine davantage. « Parfois, dit-il, dans le cours d'une coqueluche intense, mais sans complication, où la chaleur est déjà un peu au-dessus de la moyenne, on constate une augmentation éphémère dont la cause est inappréciable (peut-être une poussée de congestion pulmonaire). »

Nous pensons que ces accès fébriles méritent plus qu'une aussi brève mention. Ils peuvent en effet, être parfois très intenses et en imposer pour une complication grave. Rares dans la période catarrhale, ils se montrent principalement à la période d'acmé et plus fréquemment dans les coqueluches d'une certaine intensité, comme le fait remarquer Roger. Nous en avons cependant observé dans les formes moyennes ou même légères et nous en donnons plus loin un exemple à la période de déclin, (dans ce cas la fièvre a été l'occasion d'une reprise momentanée des quintes). Ils peuvent se produire lorsqu'il existe déjà

un léger état fébrile, mais souvent aussi au moment d'une apyrexie complète.

Quoi qu'il en soit, sans cause apparente, la température s'élève tout à coup jusqu'à 39 et 40° ou même davantage (40°,8 dans une de nos observations). L'ascension se produit tantôt brusquement dans l'espace d'une journée ou d'une nuit, tantôt elle n'atteint son maximum qu'en 24 ou 36 heures, mais sans qu'il y ait eu de rémission. La défervescence commence aussitôt ou se fait attendre de 12 à 24 heures ; tantôt elle est complète en 12 heures, tantôt elle se fait d'une façon progressive en un jour ou un jour et demi. Il peut arriver également qu'elle ait lieu en deux temps séparés par une légère recrudescence. L'accès est unique on se renouvelle après deux ou trois jours ; parfois aussi, il ne reparait que beaucoup plus tardivement.

Les signes physiques sont des plus variables. Le plus souvent la percussion ne donne rien ; l'auscultation révèle à peine quelques râles disséminés et un murmure respiratoire un peu rude ou légèrement affaibli.

Dans quelques cas cependant, surtout lorsque la fièvre a une certaine durée, les râles sont plus abondants ou plus fins et la respiration peut être véritablement soufflante ; mais ces signes sont ordinairement très mobiles.

L'intensité des autres symptômes : dyspnée, agitation, abattement, etc., présente aussi tous les degrés, bien qu'elle soit généralement de même, peu en rapport avec la température. La violence et la fréquence de quintes sont peu modifiées, plutôt légèrement accrues.

Ces poussées fébriles sont donc caractérisées par la soudaineté de leur début, la brièveté de leur évolution, la mobilité et la variabilité de leurs signes physiques et fonc-

tionnels. Quelle est leur nature ? Elle est bien difficile à préciser par la raison que, les malades guérissant toujours, l'examen anatomo-pathologique n'a pu être fait. M. Cadet de Gassicourt dans son étude de la température dans la broncho-pneumonie, signale des poussées fébriles analogues et les considère comme les indices de congestion pulmonaire : « Les ascensions thermiques sont en rapport avec l'apparition de foyers de congestion, quand elles sont brusques et éphémères ; avec l'extension de l'inflammation dans les petites bronches et dans les alvéoles, lorsqu'elles sont progressives et prolongées ». Lacroisade qui dans quatre cas de coqueluche, a observé des élévations brusques de la température, disparaissant dès le lendemain et accompagnées de submatité et d'un léger souffle, les décrit également sous le nom de congestion pulmonaire. Nous venons de voir que Roger émet une opinion semblable sous forme d'hypothèse ; mais la congestion n'étant elle-même autre chose qu'un symptôme la question n'est ainsi que reculée. Il reste à connaître l'origine, la cause réelle de cette congestion, et nous sommes porté à croire que c'est du côté de la bactériologie qu'elle doit être cherchée. Les travaux de ces dernières années ont démontré dans les crachats des coquelucheux, la présence de nombreux microbes : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, etc. ; d'autre part, la résistance de l'appareil respiratoire est considérablement diminuée par l'irritation incessante que produisent les efforts de toux. On s'explique donc aisément que la coqueluche se complique fréquemment d'infections secondaires, dont le résultat le plus habituel, est la broncho-pneumonie.

On peut toutefois concevoir que ces infections soient enrayées dès leur origine. Nous avons eu déjà l'occasion d'indiquer sommairement combien sont variables les conditions de la lutte entre les éléments anatomiques et les microbes pathogènes : L'organisme déjà affaibli, a pu être rendu vulnérable par une cause minime et passagère ; que cette cause disparaisse, il réagit avec violence et triomphe rapidement ; mais pour soutenir la lutte, il a dû susciter un afflux sanguin considérable à l'endroit menacé et cette congestion s'est traduite par une fièvre intense, surtout chez les jeunes enfants qui ont des réactions très vives.

Ces infections abortives ont d'ailleurs été signalées avec le pneumocoque. D'Espine et Picot ont décrit, en se basant sur des recherches bactériologiques une pneumonie abortive qui, après avoir débuté aussi vivement que dans les formes ordinaires avec une température de 39°3 à 40°5, cesse brusquement le troisième jour, parfois même le second jour. Ils la considèrent comme très fréquente dans les deux ou trois premières années de la vie et nous ne voyons aucune raison pour ne pas admettre, que nous en avons des exemples dans les cas qui nous occupent, tout au moins dans ceux dont la durée totale est de plus de 24 heures. Suivant Germain Sée, la caractéristique de ces pneumonies, est la rapidité de leur évolution et leur courte durée ; elles se terminent en trois ou quatre jours, parfois dès le deuxième ; la défervescence se fait toujours brusquement et les signes physiques disparaissent rapidement. L'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu ne croyait pas qu'on dût les considérer comme des pneumonies, ne dépassant pas le stade congestif ; il pensait, au contraire,

que le processus anatomique est le même que dans les pneumonies ordinaires, c'est-à-dire constitué par une exsudation fibrineuse coagulable, mais limitée pour une cause qui nous échappe et de résorption rapide. Charcot considérerait cette forme comme spéciale à l'enfance et à l'adolescence.

Mais nous nous sommes promis de rester exclusivement clinique, et les théories ne présentent pour nous qu'un intérêt secondaire. L'interprétation des faits est essentiellement variable suivant les progrès de la science, une hypothèse vient sans cesse en détrôner une autre ; les faits au contraire restent et ont toujours leur valeur. Quelle que soit l'interprétation donnée aux poussées fébriles éphémères que nous venons de décrire, leur existence est incontestable et leur connaissance a son utilité pour le pronostic de l'hyperthermie dans la coqueluche, comme nous le dirons bientôt. Nous examinerons d'abord dans quelle mesure il est possible de les distinguer des complications véritables telles que la pneumonie franche ou la broncho-pneumonie et pour arriver à ce diagnostic, nous commencerons par dire quelques mots de ces complications.

Les observations suivantes montreront les principaux types d'accès fébriles, ceux qu'on constate habituellement. La première est tirée de l'ouvrage de Roger, qui en clinicien toujours consciencieux n'affirme rien sans l'avoir personnellement observé. Nous avons recueilli les autres dans le service de M. Hutinel et pour les rendre plus frappantes, nous y avons joint des courbes de température.

OBSERVATION VI (ROGER).

Un petit syphilitique âgé de trois ans (S. Frédéric) contracte une forte coqueluche dans la salle ; quoique la bronchite soit modérée, il y a 120 pulsations et 38 degrés.

Le lendemain, le pouls monte à 172 et le thermomètre à 40° et pourtant l'auscultation ne révèle aucun signe de broncho-pneumonie (la respiration est seulement rude et on n'entend point de râles). Trois jours plus tard, le pouls baissait à 100 et la chaleur proportionnellement. La coqueluche guérit, la syphilis persistant.

OBSERVATION VII

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL.)

Coqueluche moyenne. — Deux accès fébriles de vingt-quatre heures à trois jours d'intervalle. — Pas de signes physiques.

Louise B..., née le 13 octobre 1892.

Les quintes de coqueluche apparaissent le 12 juin 1895

Jusqu'au 23, rien de particulier à noter ; cinq à huit quintes assez fortes par jour ; pas de fièvre.

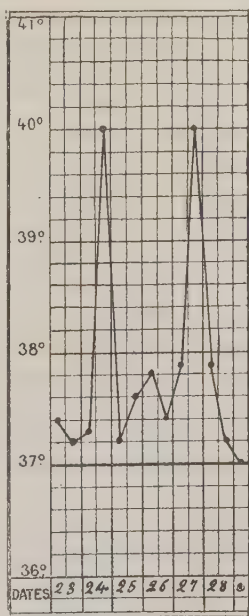
Le 24, poussée fébrile brusque et intense.

Le thermomètre quiétait à 37°3 le matin, marque le soir 40°. L'auscultation ne fait entendre que quelques ronchus humides. On donne 0,20 centigr. de sulfate de quinine.

Le 25, la température est complètement tombée et elle ne se relève pas sensiblement le lendemain. On donne 0,75 centigr. d'antipyrine.

Le 27, nouvelle poussée fébrile aussi intense et aussi éphémère que la première sans qu'on constate plus de signes physiques à l'examen de la poitrine.

Le 1^{er} juillet, l'état fébrile, qui les deux jours précédents avait été à peu près nul, reprend en affectant le



type rémittent. Les exacerbations se produisent irrégulièrement, mais plutôt le soir. L'antipyrine est continuée à la dose de 1 gr. et on donne en plus VIII gouttes de teinture de belladone.

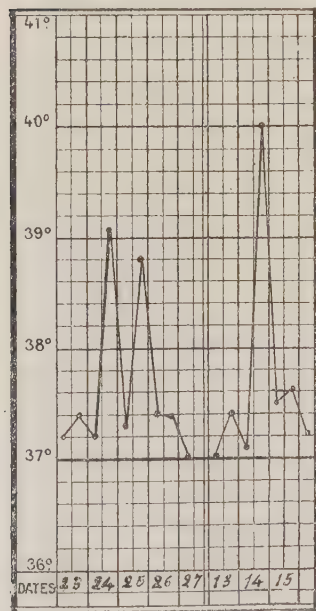
Le 7 la température est définitivement tombée et à partir de ce moment, la maladie évolue sans incidents jusqu'à la guérison.

Les quintes qui ont atteint leur plus grande fréquence (dix) et leur plus grande intensité le 27 juin diminuent progressivement pour cesser complètement le 9 août.

OBSERVATION VIII

(recueillie dans le service de M. HUTINEL.)

Coqueluche moyenne. — Accès fébrile double au début de la période d'état. — Vingt jours après, autre accès unique plus intense de vingt-quatre heures. — Pas de signes stéthoscopiques.



Marcel M..., deux ans et demi.

Eruption de rougeole à la fin d'octobre 95.

Trois semaines plus tard, le 17 novembre, apparaissent des quintes de coqueluche, en même temps que cesse le léger état fébrile qui avait marqué la période prodromique.

Le 24, il se fait une poussée fébrile brusque ; la température s'élève à 39°1 et retombe aussitôt. Le lendemain soir, nouvelle ascension aussi éphémère. L'auscultation ne donne rien. Les quintes n'ont pas subi de modifications sensibles ; on en compte huit à neuf dans les vingt-quatre heures.

Le 14 décembre autre accès, mais unique et plus intense ; le thermomètre monte dans la journée de 37,1 à 40, et ne marque plus le lendemain matin que 38°5. Pas plus de

signes que la première fois. Il y a eu cinq quintes, une de plus que les jours précédents et suivants.

La fièvre ne reparait qu'au mois de janvier à l'occasion d'une varicelle et d'une angine avec adénopathie sous-maxillaire. Au commencement de février, les quintes, comme la fièvre, ont disparu.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL.)

Coqueluche moyenne. — Période catarrhale avec fièvre légère. — Poussée fébrile durant 36 heures avec dyspnée et râles sous-crépitaux fins à la période d'état.

Paul R..., né le 2 octobre 1891.

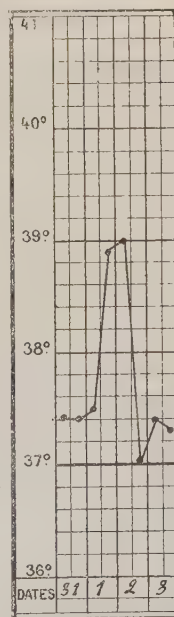
A son entrée, le 10 août 1894, présente un peu de diarrhée jaune et les signes d'une bronchite légère. Les jours suivants le catarrhe bronchique continue, la toux devient même plus opiniâtre et la fièvre s'allume. La température se maintient autour de 38, avec des oscillations irrégulières.

Le 28, l'état fébrile n'existe plus, mais les caractères de la toux ont changé et les quintes apparaissent.

Jusqu'au 31, rien d'anormal. On se trouve en présence d'une coqueluche de moyenne intensité. Le 1^{er} septembre, la température monte brusquement à 38°9 et le lendemain matin le thermomètre marque 39.

L'auscultation de la poitrine fait entendre, outre des râles de bronchite qui n'ont d'ailleurs jamais disparu, quelques râles fins. Il n'existe pas de véritable souffle ; mais la respiration est un peu rude, et il y a 38 inspirations par minute. Tout porte donc à croire que l'enfant fait des accidents pulmonaires.

Le soir, la température est complètement tombée, les signes physiques très atténués.



A partir de ce moment, la fièvre ne reparaitra plus ; la coqueluche suit son cours et l'enfant qui avait perdu de son poids pendant la période catarrhale augmente d'une façon régulière.

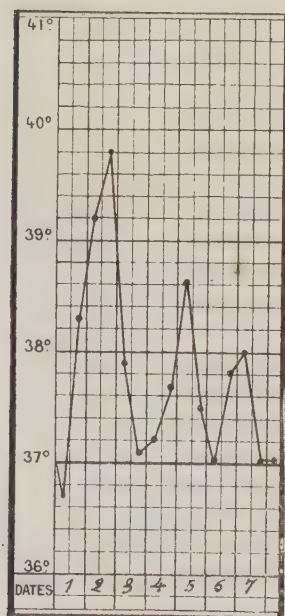
Le 5 octobre, il n'y a plus que deux quintes et l'état général est très satisfaisant.

Le traitement suivi a été le même pendant presque toute la durée de la maladie : cataplasmes sinapisés et sulfate de quinine, 0,75 centigr. Vers la fin seulement, la quinine a été remplacé par l'antipyrine.

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL.)

Coqueluche moyenne. — Trois accès fébriles successifs et d'intensité progressivement décroissante. — Dix jours plus tard, nouvel accès unique analogue au premier.



Suzanne D., née le juillet 1894.

Entre le 14 décembre 1875, venant de la crèche, pour une éruption de rougeole dont l'évolution n'offre rien de particulier.

Un mois plus tard, le 13 janvier, apparaissent des quintes dont le nombre oscille entre cinq et neuf par 24 heures. Depuis la défervescence de la rougeole, la fièvre n'a pas reparu, sauf dans la dernière semaine de janvier pendant laquelle on constate un léger état fébrile ne dépassant pas 38.

Le 1^{er} février le thermomètre marque 36°8 le matin, mais le soir il est à 38°3 et la température s'élève progressivement pour atteindre 39°7 le lendemain soir. L'auscultation pratiquée à ce moment révèle seulement quelques râles de bronchite disséminés. L'enfant

est abattue, sa respiration est difficile. On lui applique des cataplasmes sinapisés.

Le lendemain matin la température est tombée à 37°9 et le soir à 37°.

Le 5. Nouvelle poussée analogue mais plus faible (38°6.)

Le 7. Troisième poussée moins intense encore (38°), suivie d'une période apyrétique d'une dizaine de jours.

Le 18, la température s'élève de nouveau subitement à 39°3 pour redescendre progressivement en deux jours, sans qu'on ait constaté plus de signes stéthoscopiques.

A partir de ce moment la maladie suit sa marche habituelle et prend fin vers le milieu d'avril.

OBSERVATION XI

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL.)

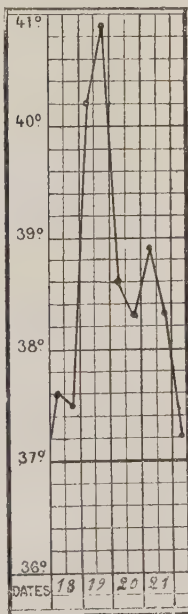
Coqueluche à la période du déclin. -- Accès fébrile intense sans signes physiques, suivi de la réapparition des quintes.

Victor M..., enfant de deux ans et demi, est en convalescence d'une coqueluche de moyenne intensité.

Les quintes, après avoir cessé une première fois le 25 septembre 1895, ont repris pendant une quinzaine de jours au mois d'octobre, depuis, la toux reste fréquente, mais l'état général est bon et il n'existe qu'une fièvre insignifiante.

Le 18 novembre, tout d'un coup, sans cause appréciable, la fièvre s'allume et dans l'espace d'une nuit, la température s'élève de près de trois degrés, le thermomètre qui était le soir à 37°5 marque 40°2 le matin. Il monte encore dans la journée et atteint 40°9 le soir. A l'examen de la poitrine, on ne trouve rien qui puisse expliquer une pareille température.

La défervescence est d'ailleurs presque aussi rapide sans qu'on ait donné autre chose comme traitement que des cataplasmes sinapisés et 0,40 centigr. de sulfate de quinine.



Le 20, on ne constate plus que 38°3 le soir, mais les quintes ont reparu.

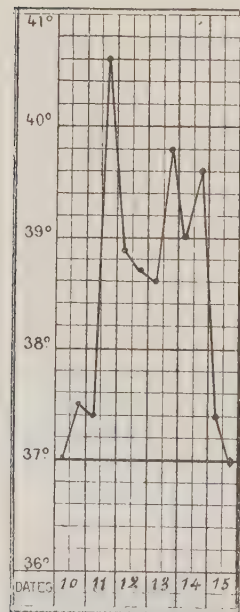
Le 21, la température qui était légèrement remontée pendant la nuit continue à descendre et tombe complètement le lendemain matin.

Les quintes ne persistent qu'une dizaine de jours pendant lesquels la fièvre ne se montre plus que d'une façon irrégulière et modérée.

OBSERVATION XII

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL).

Deux éruptions de rougeoles. — Coqueluche très catarrhale. — Double accès fébrile à trois jours d'intervalle. — Poussée fébrile intense durant quatre jours avec souffle et râles sous-crépitaux fins. — Double accès comparable au premier.



Henri M..., deux ans ; a eu la rougeole en mars 1895.

Le 17 juillet, on constate des quintes de coqueluche. Elles sont longues et violentes et on en compte bientôt huit à dix dans les vingt-quatre heures.

Le 23, seconde éruption de rougeole qui évolue sans incident avec l'élévation de température propre à cette affection.

Le 4 août, la défervescence étant à peu près complète il se produit deux accès fébriles successifs de vingt-quatre heures à trois jours d'intervalle (type de l'observation VII). La première fois le thermomètre monte à 39°6, la seconde à 39°4. Comme signes physiques, seulement quelques râles sous-crépitaux. Le 8, la température est tombée.

Dans la suite la maladie revêt une forme très inflammatoire : les quintes sont très longues et très violentes, avec cyanose considérable ; l'enfant perd l'appétit, il a des vomissements fréquents ;

sa respiration est souvent gênée, sa poitrine est sans cesse encombrée de râles plus ou moins abondants; il est agité et affaibli. Pendant trois mois on lui donne une potion de Tood à 40 gr. et durant les mois d'octobre et de novembre, il prend en plus des doses d'antipyrine variant entre 0,50 centigr. et 2 gr. et 20 gr. de sirop phéniqué associé à quantité égale de sirop de Desessartz.

Au mois de décembre, l'état général du petit malade est plus satisfaisant et les quintes ont considérablement diminué en nombre et en intensité.

Le 11 juin, la température monte brusquement de 37°4 à 40°6. L'enfant est abattu, la pommette gauche est rouge et on entend un souffle intense au tiers moyen du côté gauche. Les quelques jours précédents on avait constaté des râles fins dans le tiers inférieur du même côté. Tout fait donc penser à une pneumonie. Mais le lendemain matin il n'y a plus que 38°6 et le quatrième jour la température est complètement tombée après avoir subi deux nouvelles élévations à 39°8 et à 39°6. Les signes physiques ne sont pas plus durables. Le nombre des quintes n'a pas été modifié.

Après cette pneumonie abortive, l'enfant se rétablit peu à peu et les quintes cessent le 10 février. Il y a une courte reprise à la fin du mois et une plus longue en mars. Entre ces deux reprises on constate encore deux accès fébriles, à trois jours d'intervalle, très comparables à ceux de l'observation VII; puis la fièvre disparaît définitivement.

OBSERVATION XIII

(Recueillie dans le service de M. HUTINEL.)

Eruption de rougeole. — Coqueluche catarrhale. — Deux accès fébriles de vingt-quatre heures à 3 jours d'intervalle.

Jeanne G..., deux ans. Le 26 avril 96, éruption de rougeole et de varicelle. Le 16 juin quintes de coqueluche.

Depuis le 19 il existe une fièvre assez intense (jusqu'à 39°) mais irrégulière, en rapport avec des aphtes et de l'adénite cervicale. Le 23 elle a à peu près complètement disparu.

Le 3 juillet, le thermomètre remonte brusquement et on constate à trois jours d'intervalle deux accès éphémères, l'un à 39°2, l'autre à 39°, très comparables à ceux de l'observation précédente. On n'entend que quelques râles sous-crépitants, mais l'enfant est très abattue ; les quintes au nombre de dix à douze sont très violentes et très longues avec accès de suffocation ; le pouls est rapide, la respiration gênée.

Le 8, il n'existe plus de fièvre et tout paraît devoir s'arranger.

Si nous n'avons pu recueillir que ces quelques observations, cela tient à ce que à l'hospice des Enfants-Assistés les coquelucheux étant isolés systématiquement, les infections secondaires y deviennent de plus en plus rares. Mais nous pensons que quand ces précautions ne sont pas prises les cas dont nous nous occupons doivent se rencontrer fréquemment.

CHAPITRE III

Complications fébriles

Les nombreuses complications qui peuvent venir modifier le cours de la coqueluche sont, les unes apyrétiques, les autres accompagnées d'un mouvement fébrile plus ou moins considérable.

Ces dernières, les seules qui nous intéressent comprennent presque uniquement les phlegmasies de l'appareil respiratoire : bronchite, congestion pulmonaire, pneumonie franche et surtout broncho-pneumonie.

La bronchite, relevant du même processus morbide que la coqueluche elle-même, ne nous paraît pas devoir être classée, nous l'avons dit, parmi les complications. Elle ne peut être considérée comme telle que si elle devient très intense et se propage aux fines ramifications bronchiques, mais elle n'est alors que le début d'une broncho-pneumonie.

Les cas de congestion pulmonaire signalés par quelques auteurs rentrent dans les accès fébriles dont nous avons donné la description dans le chapitre précédent et nous n'avons pas à y revenir.

La pneumonie franche est rare : on en cite les cas. Elle débute brusquement, souvent par un frisson ou des con-

vulsions avec une fièvre intense. L'enfant est très agité ou très abattu ; il a des pommettes rouges, les yeux brillants. On ne constate ni point de côté, ni expectoration spéciale, mais le pouls bat jusqu'à 180 et 200 fois par minute et on peut compter de 70 à 80 mouvements respiratoires. La date de l'apparition des signes physiques varie avec le siège de l'hépatisation. Parfois, ce n'est que le que le quatrième ou même le cinquième, qu'on perçoit du souffle et des râles fins dans un point plus ou moins limité. La maladie suit en général sa marche caractéristique quel que soit le traitement employé : la fièvre reste aux environs de 40° avec des rémissions matutinales inférieures à un demi degré et la défervescence se produit subitement du sixième au neuvième jour. Cette complication qui apparaît surtout au début de la coqueluche n'aggrave donc pas notablement le pronostic. Lorsqu'elle se montre vers la fin, elle semble même restreindre la durée de la période convulsive, puisque sa défervescence coïncide avec la disparition des quintes. C'est ce qui a permis à Roger de dire : « il y a dans la coqueluche des pneumonies innocentes, il en est même de salutaires. »

La broncho-pneumonie est la complication la plus fréquente comme la plus meurtrière. Elle apparaît ordinairement à la période d'acmé, lorsque les quintes sont déjà établies depuis plusieurs semaines ; quelquefois aussi à une époque très rapprochée du début, surtout si la coqueluche est entée sur la rougeole (Rilliet et Barthez).

Son début est très souvent insidieux : « nulle part, d'après M. C. de Gassicourt, les complications pulmonaires ne revêtent plus fréquemment la forme latente. »

Pendant un temps assez long, les seuls signes peuvent être, une augmentation de la fièvre et de la dyspnée avec de l'inappétence et un peu d'agitation. La température souvent modérée est parfois considérable, jusqu'à 40° et quelques dixièmes, mais elle est irrégulière et présente bientôt d'assez fortes rémissions matutinales. La peau devient sèche et chaude, la figure rouge et animée. Entre les quintes on constate une toux grasse, comme dans la broncho-pneumonie ordinaire, et le pouls conserve une grande fréquence. La dyspnée est notable, bien qu'il n'existe rarement plus de 40 inspirations par minute, excepté toutefois dans la forme suffocante (bronchite capillaire de Fauvel).

Quant aux signes physiques, ils sont souvent à peu près nuls au début. Les premiers qu'on perçoit, sont des râles sous-crépitaux plus fins et plus nombreux que dans la bronchite simple et persistant en certains points lorsque la quinte est terminée. « C'est la preuve, dit Roger, que la congestion a gagné le parenchyme lui-même et que les mucosités, comme emprisonnées dans les cellules, ne peuvent plus être évacuées librement ». Peu à peu il se produit des foyers d'induration ; la respiration s'affaiblit, devient rude, puis nettement soufflante, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois. La percussion donne peu de résultats.

Tous ces signes sont en somme très variables, ce qu'explique la muabilité des lésions pathologiques (Roger). Dans certains cas, les quintes deviennent plus rares ou sont modifiées dans leurs caractères, et l'ancien adage hippocratique admis par Trousseau (*Febris accedens spasmos solvit*) se trouve en partie vérifié. Mais comme

l'a fait remarquer avec raison M. C. de Gassicourt, leur affaiblissement est d'un pronostic fâcheux, parce qu'il témoigne de l'affaiblissement progressif du malade et si les quintes cessent complètement pendant plusieurs jours, la terminaison fatale est proche. Cette terminaison est, il est vrai la plus ordinaire ; elle serait même la règle chez les enfants de moins de deux ans et chez ceux qui ont eu auparavant la rougeole. L'évolution de la maladie est aiguë ou subaiguë avec rémissions pendant lesquelles tous les symptômes s'atténuent pour reparaitre ensuite avec plus d'intensité. Dans tous les cas, c'est la broncho-pneumonie seule qui influe sur la fièvre et la coqueluche n'est plus pour rien dans les modifications de la température. Il en est de même d'ailleurs pour les autres complications et pour toutes les affections fébriles qui peuvent coexister avec la coqueluche (Roger).

CHAPITRE IV

Diagnostic

De toutes les causes d'élévation de la température que nous venons de passer en revue, la broncho-pneumonie étant de beaucoup la plus grave, il y aurait un grand intérêt à la dépister de bonne heure et à la différencier des autres états fébriles. Ce diagnostic précoce est malheureusement très difficile, impossible même dans bien des cas.

Les formes catarrhales de la coqueluche qui s'accompagnent d'hyperthermie se reconnaîtront le plus souvent au peu d'intensité des phénomènes généraux et à une fièvre modérée ou présentant de fortes rémissions. Mais le praticien sera plus embarrassé en présence d'un accès fébrile analogue à ceux qui font l'objet principal de ce travail ou en présence d'une pneumonie. — C'est à dessein que nous rapprochons ces deux états morbides, car si on peut contester qu'ils soient de même nature et ne pas voir dans le premier une forme abortive du second, il est manifeste que cliniquement, ils se ressemblent à s'y méprendre : leurs signes sont en quelque sorte calqués les uns sur les autres et nous considérons leur diagnostic comme illusoire. — Pour distinguer ces affections d'une

broncho-pneumonie, la fièvre ne donnera que des probabilités et on ne pourra pas toujours compter sur les signes d'auscultation. Bien que l'infection broncho-pulmonaire soit fréquemment insidieuse et progressive dans sa marche, elle peut en effet, apparaître presque subitement avec une élévation considérable de la température, ou bien l'on peut être porté à croire à ce début brusque, faute de renseignements. D'un autre côté, nous avons vu que les signes physiques sont des plus variables et n'apparaissent quelquefois que tardivement.

Nous dirons donc en définitive, que le diagnostic entre ces différents états fébriles ne peut être affirmé que d'après leur évolution et que par suite on ne peut guère espérer reconnaître une poussée congestive éphémère avant sa défervescence.

CHAPITRE V

Considérations sur le pronostic et sur le traitement.

Nous restons persuadé qu'une fièvre intense, survenant au cours de la coqueluche, annonce ordinairement une complication imminente du côté de l'appareil respiratoire et que l'apparition de ce symptôme, doit être considérée comme un indice du plus fâcheux augure, surtout chez un enfant en bas âge, puisqu'au-dessous de deux ans la broncho-pneumonie ne pardonne guère ; mais nous considérons cependant comme indispensable de faire des réserves.

Nous avons vu en effet que cette terrible complication n'est pas la seule cause d'élévation de la température. Sans parler de la pneumonie franche qui guérit presque toujours mais qui est, à vrai dire, exceptionnelle, nous avons montré qu'il n'est pas rare d'observer, tant à la période catarrhale qu'à la période spasmodique une fièvre parfois très vive affectant la forme d'accès brusques et éphémères ou le type rémittent et ne paraissant nullement retentir d'une façon fâcheuse sur l'évolution de la maladie.

Nous venons de voir d'autre part, que le diagnostic entre l'hyperhémie qui accompagne la broncho-pneumonie et entre ces divers états fébriles, présente fréquem-

ment, au moins au début, de sérieuses difficultés, et qu'il peut même rester quelques jours en suspens.

Dans ces conditions, il nous semble qu'il doit en être de même pour le pronostic. Les craintes du médecin, si légitimes soient-elles, peuvent ne pas être justifiées et en faisant prématurément part de ses sombres prévisions, non seulement il s'expose à jeter inutilement la désolation dans une famille, mais il risque encore de compromettre gratuitement son prestige ou celui de ses confrères.

Nous citerons à ce propos, l'anecdote suivante qui indique que notre travail peut avoir quelque utilité et qui explique par là le choix de notre sujet.

Un médecin des plus connus et des plus distingués est appelé en consultation auprès d'un enfant atteint de coqueluche et présentant en outre une forte élévation de température avec dyspnée et abattement. Frappé par ces symptômes, qui dans la majorité des cas ne trompent pas et un peu pressé sans doute, il diagnostique une broncho-pneumonie. Le médecin traitant voit de ce fait, sa réputation sérieusement atteinte. La famille ne lui pardonne pas d'avoir méconnu une aussi importante complication. Enfin il obtient une nouvelle consultation et fait venir un de nos maîtres les plus estimés.

Celui-ci ayant souvent eu l'occasion d'observer les brusques poussées fébriles que nous venons d'étudier, se montre beaucoup moins pessimiste. Sans rien affirmer, il prédit une issue favorable et parvient ainsi à sauver son malheureux confrère, auquel la famille est heureuse de rendre une confiance méritée, en constatant dès le lendemain, la disparition complète de la fièvre.

On est donc en droit de rester très réservé dans son pronostic et cette prudence si légitime ne saurait être qualifiée d'excessive. Mais on serait coupable si l'on tardait de même à formuler un traitement; on s'exposerait à causer à son malade un grave préjudice. Attentif à toute élévation thermique, on doit se disposer à agir énergiquement dès qu'apparaît une fièvre de quelque intensité, avant même d'avoir constaté la présence de signes physiques. C'est à cette condition seulement qu'on peut espérer voir le traitement lutter efficacement contre une affection aussi grave que la broncho-pneumonie. Ce traitement est nécessairement très variable suivant les circonstances et entreprendre de traiter ici cette importante question serait sortir de notre sujet. Si nous nous y sommes arrêté, c'est qu'à notre avis, dans l'interprétation des résultats obtenus, il faut tenir compte, au moins dans une certaine mesure, des considérations qui précèdent.

Nous venons de dire qu'il n'est pas permis de faire supporter à un malade, les conséquences d'une erreur possible de diagnostic. Il nous semblerait peu juste d'en faire bénéficier la thérapeutique. La médication réfrigérante préconisée par M. le docteur Hutinel, est certes un agent admirable dont il serait puéril de nier les excellents effets dans les états infectieux; elle combat utilement l'hyperthermie, tonifie le système nerveux, entrave les phénomènes congestifs, favorise la sécrétion urinaire. Mais lorsqu'on voit à la suite de bains froids, une broncho-pneumonie ou une pneumonie franche, arrêtée brusquement dans leur cours et la fièvre tomber dans les 24 heures de 40 degrés et plus à 37°, il y a lieu de se demander, croyons-nous, si l'on n'était pas plutôt en pré-

sence d'une de ces poussées fébriles, dont nous avons indiqué la marche essentiellement rapide et le pronostic naturellement bénin. En éliminant ainsi ces faits de l'actif de la méthode, nous sommes loin de songer à la décrier ; nous pensons au contraire la servir. N'est-il pas à remarquer en effet, que chaque fois qu'une utile médication est tombée dans le discrédit, c'est parce qu'on a voulu lui faire promettre plus qu'elle ne pouvait tenir.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de notre travail, nous le résumerons ainsi :

1° La coqueluche ne reste apyrétique pendant toute la durée de son évolution que dans les formes légères. La période catarrhale dans les formes moyennes et même la période d'état dans les formes excessives s'accompagnent de bronchite et sont généralement marquées par une fièvre plus ou moins vive, mais irrégulière et rémittente.

2° Les complications inflammatoires graves, la broncho-pneumonie particulièrement, comptent parmi leurs signes révélateurs les plus importants une élévation notable et persistante de la température.

3° En dehors de ces complications, que la fièvre soit nulle ou existe déjà légèrement, on peut voir le thermomètre monter tout à coup jusqu'à 39,40 et même près de 41 degrés, pour retomber à la normale dès le lendemain ou dans les deux ou trois jours suivants.

4° Ces poussées fébriles éphémères qui peuvent se renouveler à quelques jours d'intervalle et dont la cause réelle échappe, ne paraissent avoir aucune influence sur la maladie et n'assombrissent par suite en rien le pronostic.

5° Leur diagnostic présente de sérieuses difficultés, car

le plus souvent, ni les signes physiques, ni les symptômes fonctionnels, ne permettent de les différencier du début d'une complication pulmonaire véritable.

6° Nous appuyant sur ces diverses constatations, nous croyons pouvoir conclure de la façon suivante :

En présence d'une hyperthermie considérable survenant au cours de la coqueluche, le médecin peut s'inquiéter à juste titre ; il est de son devoir de tout mettre en œuvre aussitôt pour conjurer une complication qu'il soupçonne ; mais avant de porter un pronostic alarmant, il doit attendre que la confirmation de son diagnostic lui ait été donnée par les signes stéthoscopiques propres à cette complication et surtout par la persistance de la fièvre et de la dyspnée.

BIBLIOGRAPHIE

- Carrive.** *De la coqueluche considérée surtout au point de vue de sa complication pulmonaire, la bronchio-pneumonie.* Thèse Paris, 1863.
- Piron.** *Des complications les plus fréquentes de la coqueluche.* Thèse Paris, 1867.
- Bouchut.** *Traité pratique des maladies de l'enfance.* Paris, 1867 (8^e édition de 1885).
- Devilliers.** Art. coqueluche, in. *Nouv. Dict. de Méd. et de Chir.*, 1868.
- J. Simon.** *De la broncho-pneumonie infantile, survenant durant le cours de la coqueluche.* Thèse. Paris, 1871.
- Noël Gueneau de Mussy.** *Union médicale*, 1875. N^{os} 81 à 85.
- West.** *Maladies des enfants.* (traduction ARCHAMBAULT, 1875).
- Guerardt.** *Handburch. der Kinderkrankheiten*, band II, Tübingen, 1887.
- Brochin.** Article coqueluche in *Dict. encyclopéd. des sciences médicales*, 1887).
- Dethil.** Communication à l'*Académie de médecine*. 1887.
- Lacroisade.** *La coqueluche, ses complications.* Thèse Paris. 1879.
- Valérian.** *Des complications de la coqueluche.* Thèse Paris, 1880.
- Steiner.** *Compendium des maladies des enfants* (traduit de l'allemand par le docteur KERAVAL. 1880).
- Tordeus.** Recherches sur la coqueluche. *Journal de méd. de chir. et de pharmacol.* Bruxelles, 1880.
- Blache et Guersant.** *Éléments de pathologie infantile* (Publiées par le docteur R. BLACHE, 1883.
- H. Roger.** *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance.* T. II, Paris, 1883.
- Descroizilles.** *Manuel de pathologie infantile*, 1883.
- Burger.** *Berl. klin. Woch.* 1883.
- Ellis.** *Manuel des maladies de l'enfance* (traduit de l'anglais par WAQUET.
- Trousseau.** *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 7^e édition, 1885.
- Gremain Sée.** *Maladies spécifiques non tuberculeuses des poumons.* 1885)

- Henoch.** *Maladies de l'enfance*, 1885.
- Cadet de Gassicourt.** *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 2^e édition. Paris, 1887.
- Afanasiew.** *St-Persb. Med. Woch.* 1887.
- Polguère.** *Des infections secondaires*. Thèse. Paris, 1888.
- Hamon.** *De la congestion pulm. idiopathique chez les enfants*. Thèse. Paris, 1888.
- Deichler.** 63^e Congrès des Naturalistes allemands. Brème, 1890.
- Ritter.** *Soc. de méd. de Berlin*, nov. 1892.
- Rillet et Barthez.** *Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance*, 1881. (3^e édition de Barthez et Sanné).
- Richardière.** *La coqueluche*, in Bibliothèque Charcot-Debove, 1893.
- D'Espine et Picot.** *Manuel des maladies de l'enfance*, 5^e édition, 1894.
- Comby.** *Traité des maladies de l'enfance*, 2^e édition, 1895.
- LeGendre.** In *Traité de méd. de Charcot et Bouchard*.
- Thoinot.** In *Man. de méd. de Debove et Achard*.
- Legroux.** In *Traité de méd. et de thérapent. de Brouardel et Gilbert*.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

